

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Maurice RENOU

COMPLICATION RARE

DE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

(PYLÉPHLÉBITE SUPPURÉE)

Président : M. BRISSAUD, *Professeur.*

Juges : MM. {
NETTER, *Agrégé.*
WURTZ, *Agrégé.*
BEZANÇON, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

C. NAUD, Éditeur

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Maurice RENOÜ

COMPLICATION RARE

DE

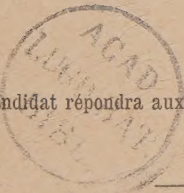
LA FIÈVRE TYPHOÏDE

(PYLÉPHLÉBITE SUPPURÉE)

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

*Juges : MM. { NETTER, Agrégé.
WURTZ, Agrégé.
BEZANÇON, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

C. NAUD, Éditeur

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		
Professeurs.		
Anatomie		M. BROUARDEL
Physiologie		MM.
Physique médicale		FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale		CH. RICHT.
Histoire naturelle médicale		GARIEL.
Pathologie et thérapeutique générales		GAUTIER.
Pathologie médicale		BLANCHARD.
		BOUCHARD.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		N.....
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		DEBOVE.
Clinique médicale		LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies nerveuses		JOFFROY.
		RAYMOND
		TERRIER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique		D ^r LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD.
		BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	THIROLOIX.
AUVRAY.	FAURE.	LEGRY.	THOINOT.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	VARNIER.
BROCA Auguste.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA André.	GOUJET.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	GUIART.	POTOCKI.	WIDAL.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RENON.	WURTZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RICHAUD.	
DEMELIN.	LANGLOIS.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LAUNOIS.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine de Paris,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

SOM MAIRE

INTRODUCTION

HISTORIQUE

OBSERVATIONS

I à IX

X (Personnelle)

SYMPTOMATOLOGIE

Description générale

Analyse des symptômes

Frisson — Température — Pouls

Douleur abdominale

Hypertrophie du Foie

Marche. Durée

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

BACTÉRIOLOGIE

Deux examens

1° Bacille d'Eberth seul (obs. viii)

2° Colibacille et streptocoque (obs. x)

PATHOGÉNIE

Porte d'entrée de l'infection du système porte.

Ulcérations intestinales

Appendicite paratyphoïde

Suppuration du mésentère

— des ganglions mésentériques.

DIAGNOSTIC

PRONOSTIC — TRAITEMENT

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'hôpital Broussais, nous avons eu l'occasion de suivre un malade atteint de fièvre typhoïde, compliquée de pyléphlébite suppurée et d'abcès multiples du foie.

Nous avons profité de ce cas très intéressant (car nous présentons une observation clinique très complète, suivie d'une autopsie et d'un examen bactériologique du pus) pour étudier la pyléphlébite suppurée en tant que complication de la fièvre typhoïde et sur les conseils de notre maître M. le Docteur OEttinger, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations dont quelques-unes ont fait l'objet de différents rapports et qui pour la plupart ont paru dans la thèse de Cassuto.

Beaucoup sont incomplètes ; quelques-unes cependant possèdent une histoire clinique bien nette, et une, celle de Lannois, contient un examen bactériologique du pus. Dans aucune malheureusement, il n'a été fait d'examen histologique.

Après un court historique de la question, nous publierons les différentes observations à l'aide desquelles nous essayerons d'établir nos différents chapitres (Symptoma-

tologie, Anatomo-pathologie, Bactériologie, Pathogénie, Diagnostic et Traitement).

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres.

Pendant notre première année d'externat, nous avons eu l'honneur d'être l'élève de M. le professeur Kirmisson à l'hôpital Trousseau. Nous sommes heureux de lui témoigner notre plus vive gratitude pour les bons conseils et les nombreuses marques de sympathie qu'il nous a donnés.

Nous avons pu apprécier pendant l'année trop courte que nous avons passée à l'hôpital Laënnec dans le service de M. le Docteur Hirtz, le grand cœur et l'affection du maître pour ses élèves. En plusieurs circonstances il nous a donné les preuves de l'intérêt qu'il n'a cessé depuis de nous témoigner : nous lui en serons toujours reconnaissant.

Nous tenons à exprimer nos plus sincères remerciements à M. le Docteur Oettinger, médecin de l'hôpital Broussais qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous garderons le meilleur souvenir de l'année que nous avons passée dans le service de notre maître à qui nous devons une reconnaissance toute spéciale pour la bienveillance qu'il a eue pour nous.

Que MM. les Docteurs Aviragnet, Caussade, Maygrier, Méry, dont nous avons pu mettre à profit les bons conseils, soient assurés de notre gratitude.

Que M. le Professeur Brissaud veuille bien agréer l'assurance de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Depuis Bichat qui le premier reconnut la présence du pus dans la veine porte et dans les veines hépatique et splénique, jusqu'à la thèse classique de Gendron (1), en passant par les travaux de Frérichs qui jeta un peu de lumière sur cette question en distinguant deux sortes de pyléphlébites, l'une adhésive, l'autre suppurative, on ne trouve dans la littérature médicale que quelques observations éparses de pyléphlébite suppurée dans le cours de la fièvre typhoïde.

Il faut arriver jusqu'en 1890 (2), où Romberg, dans un travail d'ensemble, put réunir dix-neuf cas d'abcès du foie d'origine typhique, dont cinq par pyléphlébite.

En 1893, Lannois, au Congrès de médecine de Bordeaux, publia une observation très intéressante de pyléphlébite suppurée et d'abcès multiples du foie. Il est le premier qui fit un examen bactériologique du pus, dans

(1) Gendron. Etude sur la pyléphlébite suppurative. Thèse Paris, 1883.

(2) Romberg, Klinis Berlin Wochens, 1890.

lequel il put isoler un bacille, qui présentât tous les caractères du bacille d'Eberth.

En 1897, Osler donne le résumé d'une observation de pyléphlébite suppurée et d'abcès multiples du foie compliquant une appendicite paratyphoïde.

En 1900, Cassuto, dans sa thèse, étudie les abcès du foie d'origine typhique.

Nous avons pu réunir dix observations, dont une inédite et personnelle ; nous les publions par ordre chronologique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Leudet (*Bulletin de la Société anatomique*, 1832) communique le cas d'une femme de 28 ans qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, alors qu'elle était considérée comme guérie, eut des frissons et des accès de fièvre irréguliers et répétés, accompagnés de douleurs à la limite de l'épigastre et de l'hypocondre droit. La malade présentait un affaissement très marqué des forces et une prostration comparable à celle de la fièvre typhoïde. La malade succomba deux semaines après le début des accidents.

AUTOPSIE. — Phlébite de la veine porte ; foie augmenté de volume parsemé d'abcès apparents quoique assez petits ; plaques cicatrisées dans l'ileum.

OBSERVATION II

Tüingel (Klin-Mithel-Abdth des A. u. g. m. Krankenhauses in Hambourg a. f., 1862-63, p. 171).

Homme de 26 ans atteint de fièvre typhoïde. Vers le quatrième septenaire, frissons, douleurs hépatiques, ictère. — Fièvre irrégulière à grandes oscillations. Mort dix jours après le premier frisson, dans le collapsus.

AUTOPSIE. — Ulcérations typhoïdiques du cœcum, péritonite périecale. Pyléphlébite. Absès du foie de volume moyen, multiples surtout dans le lobe droit.

OBSERVATION III

Habran (Société anatomique 1868)

Phlébite de la veine porte trouvée à l'autopsie d'un malade mort dans le service de M. Mesnet.

Le malade âgé de 20 ans était entré à l'hôpital Saint-Antoine pour une fièvre typhoïde le 9 mars. La maladie paraissait tendre à la guérison, lorsque le 28 avril, on vit apparaître des frissons et une recrudescence de la fièvre.

Trois jours après le malade mourait sans avoir présenté d'hémorragies ou de signes de péritonite, et à son autopsie, on trouve outre des ulcérations intestinales en voie de guérison, les ganglions mésentériques volumineux, enflammés, quelques-uns remplis de pus et une oblitération de la veine porte par un caillot adhérent et dont certaines portions étaient en régression graisseuse.

On ne trouve aucun absès dans les organes splanchniques. A la face inférieure du foie, cependant, il y avait un foyer purulent.

OBSERVATIONS IV ET V

ABSÈS DU FOIE MULTIPLES. — PYLÉPHLÉBITE

Bückling 36 Fälle von Leberabscess. Dissert Berlin 1868)

Bückling, qui a étudié trente-six cas d'absès du foie à l'Institut de Virchow, en cite deux consécutifs à la fièvre typhoïde, mais sans histoire clinique.

Le premier ne comporte que le diagnostic anatomo-pathologique ainsi rédigé d'après la méthode allemande :

« *Typhus abdominalis. Abcessus hepatis post typhum. Abcessus lymphaticus in portæ hepatis. Thrombus venæ portæ* ».

La deuxième se rapporte à un cas de fièvre typhoïde à la cinquième semaine :

« *Nombreuses ulcérations de l'iléon, du cæcum et du colon ascendant en voie de réparation. Thrombose de veine porte et de ses branches, dont les divisions se terminent dans des abcès de volume variable qui sont plus nombreux dans le lobe gauche* ».

OBSERVATION VI

FIÈVRE TYPHOÏDE. — PYLÉPHLÉBITE. — ABCÈS MULTIPLES
DU FOIE. — MORT

Asch (Berl Klin Wochens 1882, s. 772)

Il s'agit d'un garçon robuste, âgé de 10 ans, atteint de fièvre typhoïde.

Dans les huit premiers jours de sa maladie, il ne présenta rien d'anormal. Il avait une fièvre constante s'élevant à 40°9 le soir et qui s'abaissait légèrement à la suite de l'administration répétée de salicylate de soude.

Au dixième jour de la maladie, on pouvait croire que la période de défervescence allait commencer. On n'observait, en effet, rien d'anormal.

Mais au vingt-et-unième jour, on observa une brusque élévation de température qui se renouvela les jours suivants. Il ne semblait pourtant pas y avoir lieu de craindre une grave complication parce que cette température

pouvait s'expliquer par une angine qui survint en même temps.

Mais le vingt-septième jour de la maladie survint un frisson excessivement violent, avec élévation de la température à 41°. Deux jours plus tard, le malade accusait une douleur excessivement violente dans la région épigastrique droite et avait des vomissements non biliaires.

A l'examen on constatait sur le rebord costal droit, dans la région douloureuse, l'existence d'une tumeur de consistance élastique qui se prolongeait jusqu'au niveau de l'ombilic. Les limites exactes de cette tumeur n'ont pu être déterminées à cause de la douleur et de la contraction musculaire. A la percussion, la matité de la tumeur se confondait avec celle du foie. De plus, on ne trouvait aucune région proéminente : au contraire l'abdomen paraissait rétracté. Pas de fluctuation, pas d'ictère.

Pas d'hypertrophie splénique appréciable.

Pas de dilatation des veines épigastriques.

A dater de cette époque, la fièvre devint intermittente avec température normale ou au-dessous de la normale le matin et température élevée le soir. Les frissons ne se sont plus reproduits.

Par contre le malade dépérissait de plus en plus et il survenait des sueurs froides abondantes avec faiblesse et prostration.

Le malade succomba au trente-cinquième jour de sa maladie dans le collapsus.

De quelle nature était la tumeur ? ajouta l'auteur. — Il ne pouvait s'agir que de deux choses : soit d'une péritonite localisée, soit d'une tumeur hépatique. L'examen du malade ayant été presque impossible à cause de la

douleur, il était également difficile de se prononcer dans l'un ou l'autre sens.

La douleur abdominale excessive, les vomissements non biliaires et le début brusque des accidents plaident en faveur de la péritonite. Mais contre la péritonite existaient ces faits à savoir que la tumeur existait dans la région sus-ombilicale et que la région iléo-cæcale était complètement libre. Ce siège de la tumeur coïncidant avec le maximum de douleur et de matité, faisaient pencher pour une tumeur au foie, mais les autres symptômes hépatiques faisaient défaut : pas d'ictère, pas d'hypertrophie splénique, pas de dilatation des veines abdominales.

Comme nous l'avons dit, on ne pouvait pas, par la palpation, se rendre compte si la tumeur dépendait du foie. Mais on pouvait soupçonner l'abcès hépatique à cause du grand frisson et de la fièvre intermittente des derniers jours. Mais la tumeur ne faisait aucune proéminence bien marquée, il n'y avait pas de fluctuation et le grand frisson du début ne se renouvela pas du tout.

Ainsi nous restâmes dans l'hésitation. Était-ce un abcès du foie ou une péritonite localisée ?

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un liquide clair en petite quantité.

Dans l'estomac quelques érosions hémorrhagiques.

Dans l'intestin on constate quelques ulcérations typhoïdiques presque complètement cicatrisées.

Le foie et surtout son lobe droit, est très volumineux. Sur la convexité du lobe droit, on voit une dizaine de proéminences d'une couleur vert-bleuâtre. Le plus gros foyer se trouve à la partie postéro-supérieure mesurant 8 centimètres sur cinq. A l'incision de ces abcès il s'écoule un pus épais d'une couleur jaune clair.

A l'incision qui intéresse les deux lobes, on trouve une très grande quantité de petits foyers purulents en partie fluctuants, et le pus est, dans certains endroits, coloré en vert orangé par la bile.

A l'examen, on constate que le pus s'est accumulé dans des branches dilatées de la veine porte.

Les branches portes extra-hépatiques sont bourrées d'un pus de consistance inégale. Les ganglions lymphatiques de la région iléo-cæcale qui forment une chaîne se dirigeant en haut et à gauche, sont complètement remplis de pus.

Dans les ganglions lymphatiques mésentériques, on trouve quelques thromboses purulentes, particulièrement dans la région mésentérique supérieure. De même derrière la tête du pancréas, on trouve un ganglion lymphatique gorgé de pus.

Cavité thoracique :

Du péricarde, on retire 100 grammes d'un liquide clair citrin.

Le poumon droit est adhérent. Au sommet un petit foyer caséeux.

La rate est grosse. Dimensions 14 : 8 : 4 centimètres. Rien de particulier dans les autres organes.

OBSERVATION VII

FIÈVRE TYPHOÏDE. — PYLÉPHILÉBITE PURULENTE. —
ABCÈS MULTIPLES DU FOIE.

*Romberg. — (Berliner Klinische Wochenschrift 1890.
Page 192).*

Homme de 34 ans, vigoureux, entre à l'hôpital au 8^e jour de sa maladie. Le mode de début de sa maladie, les

symptômes constatés à l'entrée du malade à l'hôpital : fièvre, faciès vultueux, prostration, météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite, présence de taches rosées, etc., tout conduit au diagnostic de fièvre typhoïde. La maladie semble même évoluer normalement quoique présentant le caractère adynamique. La fièvre en effet oscille entre 39°5 et 40°5 et atteint même 41°.

Dans le courant du deuxième septenaire, le malade a deux hémorrhagies intestinales sévères.

Vers le 25^e jour de la maladie, alors que la défervescence paraissait s'établir, le malade fut pris subitement d'un frisson (température 40°5). Le lendemain apparut un ictère assez intense qui s'accrut progressivement.

A partir de ce moment-là, la température prit un type anormal avec de légères rémissions irrégulières et de temps en temps des frissons suivis d'élévation brusque, puis de chute rapide de la température.

En même temps on constatait une augmentation très nette du volume du foie. Cet organe est le siège d'une douleur sourde et très sensible à la pression. Le météorisme abdominal est très développé. On ne constate pas d'ascite. Le malade est dans la prostration.

Les symptômes généraux s'aggravent et le malade succombe dans le collapsus un mois environ après le premier frisson après avoir présenté une température de 41°6.

AUTOPSIE. — Nombreuses ulcérations en voie de cicatrisation dans la région iléo-cæcale de l'intestin. Suppuration diffuse du mésentère correspondant. A ce niveau les racines de la veine mésentérique inférieure sont pleines de thrombus purulents. Foie très volumineux, sa surface est ponctuée, surtout vers le lobe gauche, de taches jaunes dont les plus grosses sont lenticulaires et qui péné-

trent dans la profondeur de l'organe ; en les incisant, on voit qu'il s'agit de petits abcès, ce que confirme l'examen histologique. Thrombose de la veine porte et de ses ramifications. La plupart des Thrombus sont en voie de fonte purulente et ont une odeur fétide.

Pas d'autre lésion viscérale qu'une pneumonie hypos-tatique du lobe inférieur droit.

OBSERVATION VIII

PYLÉPHLÉBITE ET ABCÈS DU FOIE CONSÉCUTIFS A LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Lannois. (Congrès de médecine de Bordeaux 1895)

OBSERVATIONS. — Fièvre typhoïde. — Au début de la convalescence, apparition de frissons, de douleurs abdominales avec ballonnement du ventre et de symptômes de péritonite. — A l'autopsie pyléphlébite et abcès du foie. — Bacille d'Eberth dans les abcès hépatiques. (Recueillie par M. Pauly, interne de service.

Phil... (Amédée), 28 ans, employé, entre Salle Saint-Elisabeth, n° 3, le 8 Décembre 1894.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires : père, mère, frères bien portants.

Il est marié, sa femme est bien portante, un enfant en bonne santé.

Pas d'affections antérieures, pas de bronchites, pas d'impaludisme, pas de syphilis. Il nie tout excès alcoolique, jamais de coliques hépatiques.

L'affection actuelle aurait débuté le 6 Octobre par une fièvre typhoïde, comme l'indique une lettre de son médecin, M. le Docteur Lacroix. Elle aurait eu un début brusque par des vomissements abondants, aqueux et

bilieux et par de la céphalée. La diarrhée survint bientôt, sans coliques, sans douleurs abdominales ; elle était peu abondante et sans fétidité. Elle ne dura que deux jours et fut remplacée par de la constipation. Les alternatives de diarrhée et de constipation durent depuis. Il ne toussait pas du tout.

Après cinq ou six semaines, il se rétablit, le médecin lui conseille de se lever et de manger.

Mais après trois jours d'apyrexie complète, il fut pris de frissons violents avec ascension thermique atteignant 40° ; en même temps apparaissaient des signes pleuro-pulmonaires aux deux bases, plus marqués à droite. Dix jours environ après le début de ces complications apparut un ballonnement considérable du ventre avec sensation douloureuse plus marquée dans l'hypocondre droit. Le malade s'est beaucoup amaigri, l'oppression est permanente, le pouls est faible et précipité. A ne s'en rapporter qu'au dire du malade, le phénomène le plus saillant consisterait en douleurs épigastriques intenses et permanentes, constrictives exagérées par l'ingestion des aliments. Il croit aussi que depuis quatre ou cinq jours le ballonnement du ventre a suivi une décroissance sensible.

A l'entrée, le malade est pâle, amaigri, bien qu'il prétende avoir toujours été maigre.

Il est en proie à une dyspnée intense : 48 respirations par minutes. La langue est sèche, non fuligineuse. L'interrogatoire le fatigue et l'étouffe.

Aux poumons. — Abolition des vibrations aux deux bases, matité, diminution considérable du murmure vésiculaire, pas de pectoriloque aphone. La respiration est très rude dans les deux poumons, avec quelques râles,

surtout à droite ; on aperçoit çà et là quelques râles et grosses bulles. La voie et la toux sont retentissantes au sommet droit.

Au cœur. — Le cœur est rapide, mais pas de bruits anormaux. 120 pulsations.

L'abdomen est ballonné ; la tension abdominale et la douleur généralisée à la pression en empêchent l'examen méthodique. En tout cas, on a par la percussion une sensation de flot à peine perceptible, le liquide n'est pas très abondant. Les changements de position ne modifient que peu les données de la percussion en position normale. Pas de zone de matité. On ne voit pas de circulation complémentaire.

Les fonctions intestinales s'accomplissent bien. Deux ou trois selles diarrhéiques par jour.

Le malade urine bien, pas d'albuminurie, pas d'œdème des membres inférieurs.

La température oscille entre 38°5 et 40°1.

Le 10 décembre.

Œgophonie à la base droite. Souffle. Quelques râles humides. Pouls 88.

Le 12 : Pouls 100. La température est tombée brusquement de 40° à 35°, à la suite d'un lavement de 2 gr. de créosote. La température remonte ensuite un peu et atteint 36° ; mais cette élévation ne se maintient pas et aujourd'hui elle tombe à 34°6. La température de la peau ne paraît pas concorder avec la température centrale. Il ne se plaint pas du froid. Le ventre est tendu ; il a été hier, légèrement plus douloureux : il est toujours sensible à la pression, surtout à droite.

Le malade est allé à la selle. Le facies est pâle et

présente l'aspect grippé des péritonites. Respiration : 26. Un peu d'œdème des jambes. Escarre fessière.

Le malade meurt le 42 dans la nuit.

AUTOPSIE. — Trente-trois heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique. Fausses membranes récentes sur l'intestin, surtout à droite au niveau du cæcum.

L'intestin ouvert sur toute sa longueur présente une coloration noirâtre des plaques de Péyer, surtout au niveau de la partie inférieure de l'intestin grêle. La plupart des plaques sont cicatrisées ; l'une d'elles à quelques centimètres de la valvule, est encore exulcérée, ainsi qu'une autre assez large recouvrant circulairement la valvule elle-même.

Dans l'appendice, il y a de même une petite ulcération longitudinale en voie de cicatrisation. L'appendice est adhérent à la paroi.

La veine porte présente un caillot fibrineux, fortement coloré en rouge dans toute son étendue. Ce caillot a le volume du pouce et adhère à peu près complètement ; on peut cependant faire sourdre du pus en pressant tout autour. Les branches d'origine sont obstruées et surtout la mésentérique inférieure. Il est à noter toutefois que ces caillots ne se prolongent pas très loin. Au-dessous, les origines veineuses sont libres ou ne contiennent que des caillots cruoriques récents.

Le foie pèse 1800 grammes. Il est peu augmenté de volume. La face inférieure du diaphragme est tapissée par un amas de fausses membranes donnant l'aspect de la tartine de beurre. — On trouve à la section du foie environ une dizaine d'abcès dont le plus gros siège vers la partie inférieure du lobe droit. Il a presque le volume

du poing. Les autres varient du volume d'une mandarine à celui d'un œuf. Le pus est crémeux, un peu jaune et renferme de petites paillettes rouges d'hématoïdine.

En plus de ces abcès à pus collecté, on trouve quelques petits abcès aréolaires, surtout vers la partie moyenne de la face inférieure. Ils renferment un pus épais et plus jaune qui ne s'écoule pas après la section. Les voies biliaires et la vésicule sont absolument indemnes à l'œil nu.

Poumons. — Il y a peu d'épanchement séro-fibrineux dans les deux plèvres, trois quarts de litre environ à droite, un peu moins abondant à gauche. Dans les poumons on trouve de la congestion aux bases avec un peu de bronchite.

Cœur. — Le cœur est sain; pas de caillots, pas de lésions des valvules. Poids: 250 grammes.

Reins. — Poids 180 et 170 grammes. Aspect graisseux. Dégénérescence assez nette.

Rate. — Poids 120 grammes. Peu augmentée malgré le caillot de la splénique. Infractus étendu en longueur sur le bord interne.

Examen bactériologique du pus des abcès du foie.

On recueille à l'autopsie du pus d'un des abcès hépatiques et on ensemence un tube de bouillon ordinaire. Le bouillon se trouble rapidement et à l'examen on constate qu'il a poussé plusieurs micro-organismes. On trouve des cocci, des bacilles allongés et aussi des bacilles assez courts ayant une forme en navette avec un espace clair au milieu.

Par culture sur milieux successifs et sur bouillon phéniqué à 1 p. 1000, on arrive à isoler un bacille ressemblant au bacille vu dans les cultures impures. Ce bacille

se colore bien par les couleurs habituelles : fuschine, violet de Gentiane, il se décolore par la méthode de Gram.

Il pousse bien dans un milieu lactosé sans production d'acide lactique, c'est-à-dire ne fait pas fermenter la lactose.

Sur gélatine, il liquéfie un peu, au bout de quelque temps, cette substance.

En somme, il s'agit du bacille d'Eberth. La forme, la coloration, les cultures de ce microbe semblent bien le prouver. Un seul point est un peu en désaccord avec cette idée. La gélatine est liquéfiée au bout de quelque temps. Cela est assez difficile à expliquer, mais ne peut cependant nous faire rejeter l'idée du bacille typhique. Il a dû s'agir en effet à peu près sûrement d'un isolement imparfait du bacille typhique. Il est probable que sur les tubes en gélatine, il a poussé en même temps quelque bacille liquéfiant la gélatine et que l'examen microscopique n'a pu faire découvrir.

Cette observation me paraît intéressante à plus d'un titre.

Je dois dire d'abord qu'elle a donné lieu à une erreur de diagnostic. Insuffisamment renseignés au début sur l'évolution de la fièvre typhoïde, nous avons cru avoir affaire à une péritonite tuberculeuse : l'aspect du malade, l'existence objective des lésions de la séreuse abdominale, la constitution d'un double épanchement dans les plèvres, l'absence du réseau de veines sous-cutanées expliquent cette erreur que devait dissiper la lettre du Docteur Lacroix qui nous a servi à établir les commémoratifs.

Au point de vue clinique, il y a lieu de faire remarquer que les frissons, indice de l'établissement de la sup-

puration se sont produits alors que le malade pouvait être considéré comme guéri. C'est d'ailleurs habituellement vers la 4^e ou 5^e semaine que les accidents commencent à se montrer dans les cas de ce genre. L'ictère qui a été signalé plusieurs fois faisait défaut.

On peut se demander quelle a été la porte d'entrée des agents pyogènes dans ce cas.

On peut éliminer avec certitude l'escarre fessière qui ne s'est montrée qu'à la fin de la maladie.

M. Tripier, professeur d'anatomie pathologique, qui a fait l'autopsie, n'a pas hésité à attribuer la pyléphlébite et les abcès hépatiques à l'ulcération à demi-cicatrisée de l'appendice iléo-cœcal. Souvent, en effet, les abcès du foie sont liés à des appendicites. Dans une thèse toute récente, M. Berthelin (Th. Paris, 1895) a réuni plusieurs observations de ce genre, dont pas une, soit dit en passant, n'était d'origine typhique. Notons que dans notre cas, le transport des bacilles typhiques s'est fait directement sans l'intermédiaire d'un abcès péri-cœcal, ce qui est le plus fréquent dans la plupart des faits rapportés.

Enfin il y a lieu de remarquer que cette observation est la seule de cette catégorie dans laquelle fut fait un examen suffisant des abcès du foie au point de vue bactériologique. Je ne connais qu'un examen assez superficiel de Romberg qui vit des staphylocoques et regretta de n'avoir pu pratiquer des recherches plus approfondies.

Dans notre observation, l'examen fit découvrir dans le bouillon de culture un bacille qu'il fut possible d'identifier avec le bacille d'Eberth. Il est vrai que la culture était loin d'être pure et c'est peut-être ce qui explique la rareté de cette forme d'abcès. Le bacille d'Eberth devient en somme assez difficilement pyogène et il est

probable que pour acquérir cette propriété il lui faut une association avec des microbes plus actifs à ce point de vue.

OBSERVATION IX

FIÈVRE TYPHOÏDE. — PLEURÉSIE PURULENTE. — PÉRITONITE
AIGUE D'ORIGINE APPENDICULAIRE. — PYLÉPHLÉBITE. —
ABCÈS MULTIPLES DU FOIE.

(*Osler. — Transact of the Assoc of Amer phisic 1897*
p. 382.)

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui, atteint de fièvre typhoïde depuis trois mois présentait une convalescence anormale et traînante. Au cours de cette convalescence il présenta des symptômes de pleurésie purulente gauche et peu de jours après des signes manifestes de pyohémie, sans qu'on eut pu noter aucun symptôme hépatique. Dans ses antécédents je n'ai rien trouvé d'ailleurs du côté du foie, aussi loin que j'ai puremonter. Le malade succomba trois mois après le début de sa fièvre typhoïde à une péritonite aiguë.

A l'autopsie : Le péritoine contenait à peine quelques onces de liquide trouble et présentait une inflammation intense, surtout autour de l'appendice. La communication de cet organe avec le cœcum était obstruée et sa paroi présentait une perforation ovale. Dans l'intestin grêle près de la valvule iléo-cœcale, on constatait des ulcérations typhoïdiques presque complètement cicatrisées.

Il y avait 54 onces de pus dans la plèvre gauche et les deux poumons présentaient de nombreux tubercules miliaires.

Le mésentère était considérablement augmenté de volume, épaissi et fluctuant comme un véritable sac de pus. Après incision et lavage, il apparut criblé de trous dont quelques-uns étaient en rapport direct avec le trajet des veines mésentériques.

Le foie était gros et présentait à la coupe de nombreux abcès directement liés à la suppuration de la veine porte.

En dehors du foie la veine porte n'était plus représentée que par un abcès allongé, à parois épaisses et irrégulières. La veine splénique finissait brusquement sur la paroi du vaisseau suppurant. Elle était d'ailleurs obstruée par un thrombus. Dans le foie les branches de la veine porte étaient remplies d'un pus d'odeur fétide dont la couleur était tantôt jaunâtre, tantôt verdâtre, paraissant colorée par la bile. La plus grosse branche de la veine porte, celle qui se rend au lobe droit, s'élargissait en deux grands sinus à environ un pouce et demi de son point d'émergence.

La vésicule biliaire contenait trois onces de pus.

Pas d'examen bactériologique du pus.

OBSERVATION X. (*personnelle*).

SOMMAIRE : FIÈVRE TYPHOÏDE. — DANS LE DÉCOURS DE LA MALADIE, CRISE APPENDICULAIRE LÉGÈRE. — 10 JOURS PLUS TARD APPARITION BRUSQUE D'UN FRISSON, ÉLÉVATION DE TEMPÉRATURE ET DOULEURS ABDOMINALES AVEC MAXIMUM A L'HYPOCONDRE DROIT. AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE ET RATE. — À L'AUTOPSIE PYLÉPHÉBITE SUPPURÉE, ABCÈS MULTIPLES DU FOIE. — COLIBACILLE TRÈS VIRULENT ET STREPTOCOQUE DANS LE PUS.

Le Nommé Rondel Victor, âgé de 38 ans, profession

de charretier, entre le 25 décembre 1900 à l'hôpital Broussais, salle Delpech, lit n° 34, dans le service de M^r le docteur Oettinger.

Rien à noter d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Le malade aurait eu une fièvre typhoïde à l'âge de neuf ans ; cependant devant les renseignements qu'il donne, il est difficile de l'affirmer.

Depuis cette époque, le malade a eu une bonne santé. Il faisait cependant beaucoup d'excès alcooliques.

La maladie actuelle a débuté, il y a une quinzaine de jours environ par des malaises, de la céphalée, insomnie, diarrhée très abondante (10 à 15 selles dans les 24 heures).

Le 25 décembre, le malade, qui malgré ces symptômes était occupé à décharger des tombereaux, tombe épuisé de fatigue, on l'amène aussitôt à l'hôpital.

Examen le jour de l'entrée :

Le malade a 40° 4 de température, 120 pulsations, la respiration est normale.

Il est étendu dans le décubitus dorsal, prostré, répondant difficilement aux questions. La langue est sèche, les dents fuligineuses. Il a tout à fait l'apparence d'un typhique. Les selles sont abondantes, fréquentes, ocre jaune très fétides.

Ventre est météorisé. Douleurs et gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La matite splénique est trois fois plus étendue qu'à l'état normal.

A l'auscultation on trouve quelques râles à la base des poumons.

28 décembre. — Le malade présente le même état gé-

néral. Les selles sont toujours abondantes et fétides. On remarque des taches rosées lenticulaires, peu nombreuses.

Le séro-diagnostic donne un résultat positif.

1^{er} janvier. — La température, qui jusqu'à ce jour était restée à 40°, s'abaisse à 39°. Elle continue à s'abaisser les jours suivants, mais la défervescence se fait lentement, en lysis et le 12 janvier le malade semble entrer en convalescence.

L'amélioration semble devoir se continuer, bien que cependant les symptômes intestinaux *diarrhée fétide* persistent, lorsque dans la nuit du 19 au 20 janvier le malade ressent une violente douleur dans la fosse iliaque droite. La température remonte à 38°5.

Le lendemain matin, en examinant le malade, on constate que l'abdomen est météorisé, douloureux. La palpation réveille une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite au point de Mac-Beurney. Il existe de la défense musculaire et une hyperesthésie cutanée très marquée. On porte le diagnostic d'appendicite.

Au bout de quelques jours les symptômes abdominaux se calment, mais la fièvre persiste.

Le 25 janvier le ventre est moins tendu, l'épigastre et le flanc gauche se laissent facilement explorer, mais dans la fosse iliaque droite, au dessus de l'arcade de Fallope, l'œil aperçoit et la main délimite une petite tumeur, saillante, de la grosseur d'une petite mandarine, douloureuse à la pression profonde et dont la présence ne fait que confirmer le diagnostic.

Le 29 janvier. On ne trouve plus rien du côté droit, la tumeur a disparu; le ventre est devenu souple et indolore. To 39.

Le 31 janvier le malade se plaint d'un violent mal de

Jours de la maladie.

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66

Urines.	Pouls.	Temp.
	160	41°
	240	40°
4 litres	120	39°
3 litres	100	38°
2 litres	80	37°
1 litre	60	36°
Dixes.		

1. semaine

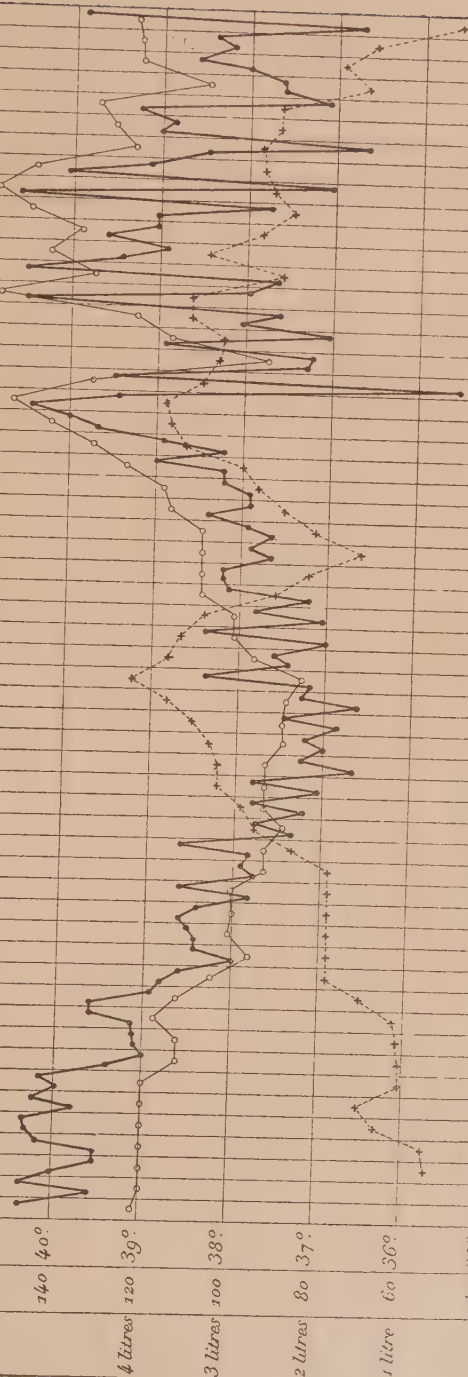
Janvier.

Fevrier.

—●— Température.

—○— Pouls.

+-----+ Urines.



tête. Il ressent dans la soirée un frisson intense et prolongé et la température atteint 40°.

Le 1^{er} février au matin le malade a 40° 4 de température, 150 de pouls. Il est étendu dans son lit immobile. A l'examen on remarque de l'inégalité pupillaire, un peu de raideur de la nuque. Il est couché en chien de fusil. A la pression, douleur de tout l'abdomen, mais plus intense à l'hypocondre droit.

Le foie est augmenté de volume, la rate conserve ses mêmes dimensions pendant tout le cours de la fièvre typhoïde.

L'examen des urines permet de déceler un peu d'albumine et une énorme quantité d'indican.

Le 2 février. La température tombe à 35° 4, tous les symptômes nerveux ont disparu, et le malade ne se plaint de rien, mais dès le soir même la température remonte à 39° 6 et à partir de ce jour la courbe est celle des suppurations profondes. Le malade ressent tous les jours de petits frissons accompagnés de sueurs profuses. Le teint est terreux, la langue sèche, amaigrissement considérable. Il représente le type des infectés suppurants. Battements cardiaques sourds, affaiblis.

Le pouls reste aux environs de 130 et 140.

Le 12 février. Le malade accuse une vive douleur dans la région splénique. A l'examen on trouve la rate énorme et douloureuse à la pression, son diamètre atteint 25 cent. environ.

Le malade se cachectise de plus en plus et le 20 Février, il succombe à trois heures du matin après avoir ressenti de violentes douleurs dans l'hypocondre gauche.

AUTOPSIE. — *Le 21 février, 32 heures après la mort.*

Rien au cœur, ni aux poumons.

A l'ouverture de l'abdomen on ne constate pas d'épanchement et on aperçoit immédiatement le foie très augmenté de volume. Il n'y a pas de périhépatite et le foie s'extrait facilement. Il est gros, lourd, et on peut voir à sa surface sur les faces inférieures et supérieures des taches multiples au niveau desquelles le parenchyme hépatique présente une coloration jaune verdâtre entouré d'un cercle violacé. Ces taches représentent la saillie superficielle d'abcès multiples, qui donnent issue à un pus extrêmement fétide, jaunâtre, crémeux.

A la coupe tous les lobes du foie sont parsemés d'abcès multiples de la grosseur d'une noisette, qui paraissent siéger autour des branches de la veine porte.

On prélève du pus pour l'examen bactériologique.

Les ganglions du hile sont tuméfiés.

La veine porte est épaissie — On trouve un caillot qui remonte un peu dans la branche droite et qui à la pression laisse sourdre du pus. Le caillot est adhérent par une partie de sa circonférence aux parois de la veine, mais n'en obture pas complètement la lumière. La veine contient en outre un pus jaunâtre, très fétide.

La rate est volumineuse. Il y a un infarctus de l'artère splénique et le pôle supérieur du viscère est transformé en un magma purulent et adhérent au diaphragme.

Appendice long, caché sous le péritoine.

Pas d'ulcérations, ni de calculs. La lumière est perméable.

Sur la portion terminale de l'iléon, on trouve des plaques de Peyer en voie de cicatrisation et quelques-unes encore ulcérées.

Examen Bactériologique (fait par M^r Fournier, ancien interne des Hopitaux).

L'examen direct du pus et l'ensemencement sur différents milieux (bouillon, gélose, gelatine) ont montré la présence de deux espèces microbiennes, le streptocoque et le coli-bacille ; ce dernier était très virulent pour le lapin qu'il tuait en 24 ou 36 heures à la dose de quatre ou cinq gouttes dans le péritoine ou dans le sang.

La recherche des anaérobies n'a pas été faite.

Cette observation présente plusieurs points qu'il est intéressant de signaler.

Si l'on examine la feuille de température, on voit qu'il existe en réalité deux courbes bien différentes ; une première, classique, avec son plateau et sa descente en lysis est le reflet de l'infection typhique ; la seconde marquée par de grandes oscillations indique une suppuration profonde.

Alors que le malade paraissait guéri, il est pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, en l'examinant on trouve une douleur au point de Mac-Beurney, de l'hypéresthésie cutanée, de la défense musculaire et un empâtement profond, tous signes qui font penser à une appendicite. Tout rentre dans l'ordre le 29, lorsque le 31 au soir, le malade ressent un violent frisson, température 40°. Depuis ce jour jusqu'à sa mort le malade a présenté les signes des infectés suppurants. A ces phénomènes fébriles s'était joint une douleur abdominale qui s'était localisée à l'hypocondre droit.

Il est bon de faire remarquer en outre que le malade a présenté pendant tout le cours de son affection une diarrhée très fétide, intense (10 à 15 selles par jour.)

L'examen bactériologique du pus fit découvrir deux

espèces microbiennes, le streptocoque et le coli-bacille.

Un point de comparaison à signaler entre l'observation de Lannois et la nôtre. A l'autopsie du malade de Lannois, on trouve une ulcération de l'appendice que rien n'était venu révéler pendant le cours de la maladie, alors que notre malade a présenté tous les signes d'une appendicite que l'autopsie n'a pas confirmée.

SYMPTOMATOLOGIE

La pyléphlébite suppurée présente un début brusque, franchement aigu. Dans le décours de la fièvre typhoïde ou en pleine période de convalescence, alors que le malade peut être considéré comme absolument guéri, apparaissent les signes d'invasion de cette complication.

Dans quelques cas, on a vu ces signes être précédés d'une angine (obs. vi) ou d'une crise appendiculaire (obs. x).

Le plus souvent c'est un frisson intense, prolongé, violent, qui ouvre la scène, accompagné d'une élévation considérable de la température, le thermomètre atteignant 40°-41°. Le pouls est rapide, 130 ou 140 pulsations. Puis survient une douleur abdominale diffuse ou localisée d'emblée à l'épigastre ou à l'hypocondre droit.

Cette douleur présente le plus souvent un caractère d'acuité très marqué. L'état général s'aggrave ; la température peut se maintenir aux environs de 38°-39°, le plus souvent cependant elle décrit de grandes oscillations atteignant 40° le soir pour descendre le lendemain à 37°-35°.

Ces oscillations sont généralement accompagnées de petits frissons, et se terminent parfois par des sueurs, le

tout formant dans son ensemble un véritable accès intermittent.

Au bout de quelque temps, on ne tarde pas à observer des signes gastro-intestinaux. Le ventre est gros, ballonné, météorisé. Quelquefois il existe un peu d'ascite. Par la palpation, on détermine une douleur plus ou moins vive à l'hypocondre droit. Le foie et souvent aussi la rate sont augmentés de volume.

On note quelquefois des signes pleuro-pulmonaires. L'état général continue à s'aggraver. Le facies est pâle, grippé, la langue sèche, le teint terreux. Le malade s'amaigrit de plus en plus, il tombe dans le collapsus et meurt.

ANALYSES DES SYMPTÔMES

La fièvre est un des symptômes dominants puisque c'est elle qui marque le début des accidents et qui, par ses allures spéciales, associées à des signes du côté du foie, attire l'attention du côté de ce viscère.

Dès son début elle atteint généralement un degré élevé 40°-41° pour redescendre le lendemain à 37°-35°. Puis elle oscille quelques jours aux environs de 37°-38°, pour remonter brusquement à 40°-41°, revêtant ainsi tous les caractères de la fièvre intermittente, de la fièvre irrégulière ; les brusques élévations de température sont quelquefois précédées ou accompagnées de frissons. Le pouls suit en général la marche de la température. Dans aucune des observations que nous publions la température ne paraît avoir pris l'allure rémittente paroxystique. Ce que cette fièvre offre donc de plus particulier : « ce

sont les frissons répétés, les ascensions thermiques parfois considérables et surtout l'irrégularité de son allure qui échappe à toutes les lois de la périodicité (1)».

La douleur dans la pyléphlébite est constante. Elle se montre en même temps ou peu de temps après l'apparition du premier frisson. Au début ce peut être une douleur abdominale diffuse, mais elle ne tarde pas à se localiser à l'épigastre ou à l'hypocondre droit — ce sont tantôt de vagues sensations douloureuses, tantôt et le plus souvent c'est une douleur vive extrêmement violente, bien localisée, spontanée et exagérée par la pression — Le malade de Lannois se plaignait de douleurs épigastriques intenses et permanentes, constrictions exagérées par l'ingestion des aliments.

L'ictère est une symptomène très inconstant. Nous ne le trouvons que dans l'observation II et dans l'observation de Romberg où il apparaît dès le lendemain de l'élévation de température. Il était assez intense et s'accrut progressivement. « Cet ictère est la conséquence de l'oblitération d'un certain nombre de canaux biliaires par une inflammation catarrhale développée au voisinage de la veine ». (Gendron).

L'exploration du *foie* et de la *rate* donne un résultat positif. Le foie en particulier est le plus souvent augmenté de volume, quelquefois d'une façon considérable, ce signe a une grande valeur associé aux symptômes fébriles et à la localisation hépatique de la douleur. Dans l'observation de Asch, le foie formait une tumeur de consistance élastique qui descendait jusqu'au niveau de l'ombilic.

(1) Gendron — Pyléphlébite suppurative. Thèse, Paris, 1883.

La rate est également augmentée de volume et peut même atteindre de grandes dimensions, dans notre observation elle mesurait 25 centimètres.

L'ascite qui est un phénomène d'ordre mécanique et dû à l'oblitération du système porte, est inconstante.

Les signes gastro-intestinaux ont peu d'importance. La *diarrhée* est habituelle. Dans notre observation elle a persisté pendant toute la maladie avec un caractère d'intensité et de fétidité extrêmes. « On conçoit que les altérations du système porte doivent avoir quelque influence sur son développement ; la tension vasculaire est modifiée sur toute l'étendue de la muqueuse, la sécrétion biliaire est plus ou moins troublée ; l'absorption intestinale est en souffrance, sans compter qu'à une période plus avancée, elle viendra avec tout le cortège des symptômes de l'hecticité ». (Gendron).

Dans aucune des observations, il n'a été fait d'examen complet des urines. Notre malade avait simplement présenté un peu d'albumine et une grande quantité d'indican.

Marche. La marche de l'affection à partir de l'invasion microbienne du système porte est généralement rapide. Le malade s'amaigrit, son teint devient terreux. Il perd rapidement ses forces et meurt dans le collapsus ou avec des signes de péritonite.

La durée moyenne serait de deux à quatre semaines.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous examinerons dans ce chapitre les lésions de la veine porte depuis ses origines jusqu'à ses divisions intra-hépatiques et les lésions qui peuvent exister dans les organes du voisinage.

Nous trouvons dans l'inflammation de la veine porte tous les caractères de la phlébite suppurative en général.

La veine porte est augmentée de volume, plus ou moins consistante adhérent quelquefois aux organes du voisinage. Elle contient des thrombus plus ou moins volumineux. Tantôt les caillots sont mous, rouges, tantôt, au contraire ils sont grisâtres, fibrineux, en voie de régression puriforme ou franchement purulents. Ils adhèrent plus ou moins à la paroi veineuse et oblitérent partiellement ou en totalité la lumière du vaisseau qui contient en outre du pus. Ce pus présente différents caractères. Il est le plus souvent jaunâtre, crémeux, souvent épais et présente en outre cette particularité importante d'être extrêmement fétide. Sur coupe on reconnaît que les parois veineuses sont très épaissies.

Si l'on suit les racines de la veine porte, on peut arriver jusqu'à la lésion originelle ; qui est tantôt une suppuration du mésentère ou des ganglions mésentériques

tantôt une inflammation appendiculaire ou péri-appendiculaire. Les veines sont remplies de caillots et de pus, d'autres fois elles sont absolument indemnes de toute lésion, on ne trouve aucune suppuration à leur point d'origine ; cela peut s'expliquer par le fait que l'infection partie des ulcérations intestinales est allée directement se localiser dans le tronc porte en respectant les branches d'origine.

Le foie est augmenté de volume et d'une façon considérable. Cette augmentation porte sur l'ensemble de l'organe, quelquefois cependant elle est plus accusée du côté du lobe droit. On a noté de la perihépatite. Sa surface ne présente pas un aspect uniforme ; elle est parsemée de points, de proéminences de volume variable, d'une lentille à une noisette, pouvant atteindre quelquefois le volume du poing, de coloration jaunâtre, jaune verdâtre. Ces points représentent la saillie superficielle d'abcès multiples du foie qui sont liés à la suppuration des veines portes. Ces abcès contiennent un pus épais, jaunâtre, extrêmement fétide.

Comme dans toute pyléphlébite suppurative, ils peuvent être de deux sortes « tantôt il s'agit de dilatations veineuses remplies de pus ; le foyer est alors limité par l'endoveine, qui est grisâtre, dépolie, érodée ou ulcérée par place. Ailleurs il s'agit de véritables abcès, développés dans le parenchyme hépatique autour d'une veine dont les tuniques sont perforées ou détruites ; dans ce cas l'abcès est arrondi, ovoïde ou irrégulier ; ses parois sont inégales, tomenteuses et constituées par le tissu hépatique » (1).

(1) Roger. Dictionnaire Dechambre. Tome 26. (article veine porte).

Il n'existe aucune lésion apparente des veines sus-hépatiques. En dehors du foie, la pyléphlébite agit surtout sur la rate et sur le péritoine. La rate est augmentée de volume, quelquefois volumineuse, atteignant 25 cent. (ob. X). On a observé dans deux cas un infarctus de l'artère splénique. Elle peut présenter des fausses membranes et adhérer au diaphragme. Le péritoine est quelquefois enflammé, mais cette inflammation est le plus souvent localisée au niveau de l'appendice et dépend alors plus de la lésion appendiculaire que de la pyléphlébite.

L'examen histologique n'a jamais été particulièrement fait. Nous ne pouvons que mentionner la description que donnent Cornil et Ranvier de la pyléphlébite suppurative (1) : « la tunique interne est épaissie, tomenteuse, végétante et infiltrée de cellules lymphatiques. Les autres tuniques sont également altérées. La pyléphlébite se propage même à tout le tissu conjonctif périphérique dont les faisceaux sont séparés par des cellules lymphatiques. La tuméfaction des parois veineuses et du tissu conjonctif voisin fait que la veine est considérablement augmentée de volume et qu'elle comprime les ilots hépatiques du voisinage, ces derniers s'aplatissent, prennent sur une section la figure de croissant dont la concavité est en rapport avec la circonférence veineuse. Dans ces ilots comprimés, les cellules hépatiques sont aplaties suivant le sens de la compression.

Dans un abcès d'un diamètre plus considérable la tunique interne de la veine est détruite. La tunique moyenne résiste assez longtemps, mais elle peut elle

(1) Cornil et Ranvier. *Traité d'histologie pathologique.*

aussi, être entamée à son tour et détruite par la suppuration qui se limite au tissu conjonctif enflammé de la tunique externe ou au tissu hépatique induré qui l'entoure.

Ce processus suppuratif et destructif des parois de la veine conduit à la formation d'abcès qui sont limités à un moment donné par les ilots hépatiques c'est surtout au niveau des petites branches de la veine porte que ce résultat s'observe, parce que les tuniques des veines sont là moins résistantes que sur les plus gros troncs. Autour de ces abcès, que la paroi veineuse soit en partie conservée ou complètement détruite et le long des branches de la veine porte, on observe toujours une formation nouvelle de tissu conjonctif embryonnaire qui entoure les vaisseaux comme un manchon. Aussi lorsqu'on examine des sections minces du foie autour de ces abcès ou des segments de la veine pleins de pus, voit-on que les espaces portes sont remplis par une zone de tissu conjonctif infiltré de cellules rondes, tissu au milieu duquel passent la veine porte, l'artère hépatique et les canaux biliaires.

Telle est la marche des abcès par pyléphlébite. Ils consistent en résumé dans une thrombose suivie d'une inflammation de la veine, terminée par une suppuration destructive de la tunique interne d'abord, des autres tuniques ensuite et par de véritables abcès situés entre les lobules hépatiques ».

BACTÉRIOLOGIE

Nous possédons seulement deux examens bactériologiques du pus et encore ces examens donnent-ils un résultat diamétralement opposé.

Romberg avait pratiqué un examen superficiel et avait vu des staphylocoques. Il regrette de n'avoir pu faire des recherches plus approfondies. Nous ne tiendrons pas compte de ce résultat.

Lannois a constaté dans le pus de l'abcès hépatique de son malade plusieurs micro-organismes, mais il n'a pu isoler qu'un bacille qui présente tous les caractères classiques du bacille d'Eberth, par l'examen direct, par l'examen sur différents milieux, par sa coloration par les couleurs habituelles, par son pouvoir de pousser en milieu lactosé sans production d'acide lactique. Un seul point cependant est en désaccord avec cette idée, c'est le pouvoir qu'a eu le microbe de liquéfier la gélatine, ce que ne fait pas normalement l'Eberth.

Dans l'examen bactériologique du pus de notre malade, il n'existe pas de bacille d'Eberth. On trouve deux espèces microbiennes : le streptocoque et le coli-bacille, et il est bon de faire remarquer que ce dernier est très virulent.

Quelles conclusions peut-on tirer de ces deux faits différents ?

Il est certain que le bacille d'Eberth peut à lui tout seul former du pus, car son rôle pyogène a été mis à l'évidence par l'expérimentation et par l'examen bactériologique. Mais sous quelle influence le bacille devient-il pyogène ? Cela tient-il à un état spécial du milieu individuel dans lequel il se développe ? Cela tient-il au contraire à des associations microbiennes que le microscope n'a pu déceler ? C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre.

Dans un article sur les pleurésies à bacille d'Eberth, Achard, cité par Cassuto dans sa thèse, dit ceci : (1) « Il conviendrait de préciser les conditions dans lesquelles ce micro-organisme produit du pus de celles où il n'en fait pas. C'est là malheureusement une question à laquelle il est encore impossible de donner une réponse catégorique ; il faut constater ce fait et avouer qu'on n'est pas en mesure de l'expliquer.

« Mais si peu explicable qu'il soit, ce fait ne doit pas nous surprendre, car il est assez général et ne s'observe pas seulement dans les cas de pleurésie eberthienne. Ne le constatons-nous pas aussi dans cette même infection typhoïdique en bien d'autres organes ? L'ostéomyélite dont je vous parlais tout à l'heure peut aboutir à la suppuration sans l'intervention d'aucun autre agent pathogène et pourtant dans de certaines conditions elle avorte pour ainsi dire ou du moins elle ne détermine qu'une lésion qui se résout, se traduisant par des douleurs osseuses et une tuméfaction localisée, laquelle disparaît après un laps de temps variable. La rate dans la fièvre typhoïde, est,

(1) Achard. Pleurésies à bacille d'Eberth. Semaine médicale 1898.

comme vous le savez, constamment le siège de petits foyers bacillaires non suppurés, et pourtant, d'une façon exceptionnelle on a pu voir se développer des abcès spléniques ne renfermant pas d'autres agents microbiens que le bacille d'Eberth. Expérimentalement on voit aussi le bacille d'Eberth produire du pus dans certains cas, n'en point produire dans d'autres. De même encore, le coli-bacille, ce proche parent de l'Eberth, détermine, lorsqu'il est injecté dans les séreuses, des lésions séro-hémorrhagiques ou purulentes. Et si, de ces microbes, relativement peu pyogènes, nous passons à ceux qui sont considérés à juste titre comme les agents habituels de la suppuration, les streptocoques et les staphylocoques, nous devons reconnaître que parfois ils se rencontrent dans des lésions qui ne suppurent pas ».

Le coli-bacille est l'hôte habituel de notre tube digestif et atteint son maximum dans l'iléon, siège habituel des ulcérations typhiques.

Certaines conditions peuvent exalter sa virulence et le rendre pathogène, « soit lorsque le coli-bacille acquiert dans l'économie une virulence anormale due à des modifications physico-chimiques survenues dans les milieux qu'il habite, soit lorsqu'il est introduit dans l'organisme après avoir subi hors de lui une exaltation de sa virulence, soit lorsque la barrière épithéliale qui tapisse les cavités qu'il peuple est affaiblie dans sa vitalité ou détruite » .(1)

Dans une de ses cliniques sur le foie appendiculaire le professeur Dieulafoy dit (2) « C'est dans le canal appendi-

(1) Gilbert. Colibacillose. Traité de médecine Brouardel et Gilbert. Tome I.

(2) Dieulafoy. Cliniques médicales 1898 Semaine Médicale 1898.

culaire transformé en cavité close que le coli-bacille acquiert l'exaltation de virulence et la force d'expansion qui lui permettent de traverser les parois de l'appendice et de pénétrer dans les veines appendiculaires et de gagner la grande veine mésaraïque, la veine porte et le foie ».

« Dans la fièvre typhoïde bien que l'intestin et le cœcum soient labourés par de grandes ulcérations typhiques, bien que, comme dans les ulcérations tuberculeuses, la brèche soit largement ouverte à tous les microbes de l'intestin, ceux-ci ne s'engagent pas dans la veine porte, ils ne vont pas coloniser dans le foie parce qu'ils n'ont pas été préparés en cavité close ».

Ce qui viendrait donner appui à cette idée qui est vraie dans la pluralité des cas, c'est que notre malade a eu manifestement une attaque appendiculaire le 20 janvier au 36^{me} jour de sa maladie, attaque qui est complètement terminée le 29 et qui a précédé de dix jours la première manifestation de l'infection du système porte et du foie. Mais il ne faut pas oublier qu'à l'autopsie on n'a absolument rien trouvé du côté de l'appendice et du péritoine voisin. Il faudrait alors admettre que l'inflammation appendiculaire qui aurait été le coup de fouet donné à l'exaltation de virulence du coli-bacille a eu le temps de disparaître et de guérir sans laisser de traces.

Ne pourrait-on pas expliquer la virulence du coli-bacille dans le cas présent du fait de son association avec le streptocoque. Il y aurait eu au niveau de l'iléon formation de toxines colibacillaires auxquelles se seraient jointes les produits toxiques élaborés par le streptocoque et l'Eberth, et qui par leur grande abondance auraient

retenti sur le foie, lequel, pour ainsi dire débordé, n'aurait pu opposer une barrière résistante aux microbes.

« Le foie subit, en effet, un double assaut. Comme nous avons essayé de le montrer, il est attaqué directement par les microbes qui pénétrèrent dans son parenchyme et reçoit un sang vicié par les poisons solubles qui proviennent des sécrétions microbiennes et d'autres sources, parmi lesquelles, il faut citer en première ligne les fermentations anormales du contenu de l'intestin ».(1)

On pourrait également ajouter à ces considérations que notre malade présentait des antécédents alcooliques très manifestes, qui ont pu toucher plus ou moins profondément le tube digestif, le système porte et le foie. Dans ces conditions le coli-bacille trouvait un terrain propice à sa colonisation.

En rapprochant ces résultats, on peut simplement dire que la pyléphlébite suppurée et les abcès multiples du foie dans la fièvre typhoïde sont dûs :

1^o Au seul bacille typhique, qui possède par lui-même et dans de certaines conditions encore inconnues, des propriétés pyogènes.

2^o Au coli-bacille, qui existe en grand nombre dans les voies digestives, principalement dans l'intestin grêle ; ce bacille pouvant être associé au streptocoque comme dans le cas présent.

Ce résultat doit d'autant moins surprendre, que l'on sait, que ces deux espèces microbiennes peuvent chacune pour leur part déterminer des lésions suppuratives loin

(1) Legry. Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde. Thèse 1890.

de leur point de départ (ostéomyélite, méningite, parotidite) ; aussi est-il tout naturel de penser qu'elles seront plus aptes à déterminer des lésions voisines de leur centre d'action qui dans ces deux cas est l'intestin, surtout lorsque, comme dans la fièvre typhoïde, la paroi intestinale est altérée par le processus morbide.

PATHOGÉNIE

Si nous suivons de près les différentes observations que nous publions, on peut facilement se rendre compte des relations qui existent entre les suppurations de la veine porte et les lésions intestinales ou juxta-intestinales et suivre pour ainsi dire pas à pas la marche du processus infectieux.

La veine porte est intimement unie par ses origines à l'intestin tout entier par les veines grande mésentérique et petite mésentérique et il est un fait sur lequel Jonnesco (1) et Dieulafoy ont attiré l'attention et qui peut expliquer la fréquence des inflammations appendiculaires comme cause des suppurations hépatiques, c'est la richesse veineuse de cet organe. « La richesse de vascularisation du cœcum et de l'appendice sur laquelle Jonnesco insistait récemment, rend compte d'une façon très satisfaisante de la facilité toute spéciale avec laquelle le système porte se trouve envahi sur ce point. La veine appendiculaire qui suit le trajet de l'artère du même nom émane de l'appendice par quatre rameaux veineux (branches appendiculaires). Elle reçoit ensuite pendant son trajet le long du bord supérieur de l'appendice et

(1) Jonnesco. Progrès médical 1896.

du méso-appendice les branches cœco-appendiculaires, les branches cœcales postérieures, la veine iléo-appendiculaire.

De nombreuses et larges anastomoses en arcades réunissent les branches de la veine appendiculaire aux branches correspondantes des veines iléo-cœcales antérieures et postérieures. Toutes ces veines se rendent dans les veines iléo-coliques, branches d'origine de la mésentérique supérieure.

Qu'une ulcération vienne à se produire sur le cœcum ou l'appendice, ou mieux encore que celui-ci soit en partie détruit, toutes ces veines ouvertes baigneront de toute leur lumière au milieu du pus et des matières septiques intestinales.

L'envahissement du système porte par les germes infectieux peut être constaté au niveau même du point où ils pénètrent, ou dans un point voisin.

Les ramuscules veineux appendiculaires ou iléo-cœcaux ont été trouvés remplis par des bouchons fibrineux et obstrués par des caillots.

On a vu ainsi l'infection se propager par continuité pour ainsi dire et on a assisté pas à pas à cette propagation (1) ».

Les observations de Osler et de Lannois rendent parfaitement compte de la possibilité de l'infection de la veine porte par une inflammation appendiculaire ou péri-appendiculaire. Chez le malade de Osler, on trouve une inflammation péritonéale intense surtout au niveau de l'appendice dont la communication avec le cœcum

(1) Berthelin, *Complications hépatiques de l'appendicite*. Thèse 1895.

était obstruée et qui présente une ulcération ovale de sa paroi.

Le malade de Lannois présente une ulcération longitudinale de sa paroi en voie de cicatrisation.

M. Tripier, professeur d'anatomie pathologique n'a pas hésité à attribuer la pyléphlébite et les abcès hépatiques à l'ulcération à demi cicatrisée de l'appendice iléo-cœcale. Il n'y aurait pas eu d'abcès péricœcal, à moins de supposer, comme le fait Cassuto dans sa thèse, que ces ulcérations ne se soient compliquées à un moment donné à un petit foyer suppuratif qui se serait résorbé.

Toujours est-il que, devant ces lésions pathologiques de l'appendice, il est naturel d'admettre l'infection de la veine porte par l'intermédiaire d'une appendicite paratyphoïde.

Dans notre cas personnel toutes différentes sont les lésions trouvées à l'autopsie : ulcérations intestinales en voie de cicatrisation, mais quelques-unes encore ulcérées, pas d'inflammation appendiculaire où périappendiculaire. On peut donc admettre que l'infection de la veine porte s'est faite directement au niveau des plaques de Péyer encore ulcérées. Cependant, on pourra nous objecter que notre malade a présenté une crise appendiculaire manifeste, qui a précédé de quelques jours l'apparition des frissons et de l'élévation de température et que cette crise quoique passagère a pu être suffisante pour exalter la virulence du coli-bacille et lui permettre de traverser les parois de l'appendice et de là gagner les veines appendiculaire, grande mésentérique et veine porte, le fait est possible. Mais ne peut-on pas supposer ainsi qu'au niveau des

plaques de Peyer encore ulcérées, il se soit fait des embolies purulentes qui respectant les veines mésentériques sont allées se localiser directement dans le tronc porte et de là gagner les ramifications intra-hépatiques.

Dans le cas de Romberg, l'infection semble s'être faite manifestement par l'intermédiaire du mésentère qui présente une suppuration diffuse ; de même dans les cas de Asch et de Habran, je crois que l'on peut incriminer les ganglions mésentériques qui étaient enflammés et remplis de pus.

D'où l'on peut conclure que l'appendicite dans le cours de la fièvre typhoïde rentre pour une assez large part dans la genèse des infections du système porte ; mais l'on peut incriminer aussi les plaques de Peyer ulcérées et les suppurations juxta-intestinales.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pyléphlébite suppurée présente de grandes difficultés et cependant il existe un certain nombre de signes qui, par leur date d'apparition, par leur ensemble, par leur évolution, devront attirer l'attention.

L'apparition brusque, vers le troisième ou le quatrième septenaire, alors que le malade paraissait guéri, d'un frisson intense avec élévation de la température, l'apparition d'une douleur très vive à l'épigastre ou à l'hypochondre droit feront que l'on examinera le foie qui présentera une augmentation de volume plus ou moins considérable. Si, à ces signes, s'adjoint dans la suite un caractère spécial de la fièvre, qui décrit de grandes oscillations, qui devient franchement irrégulière, on peut presque affirmer la suppuration de la veine porte et du foie.

Mais ce début brusque peut faire songer à une autre complication hépatique de la dothiéntérie et qui est un peu plus fréquente, *l'angiocholite suppurée*. On remarquera que la fièvre revêt certains caractères propres : tendance à la régularité, lenteur d'allure, suspension complète et prolongée des manifestations fébriles dans la fièvre intermittente hépatique peuvent être opposées à l'irrégularité, à la ténacité de la fièvre symptomatique de la pyléphlébite suppurée. De plus le foie acquiert

rarement les mêmes dimensions et l'ictère est plus fréquent et plus accentué.

La péritonite aiguë par perforation présente le même début, souvent grand frisson initial, élévation considérable de la température, nausées, vomissements, météorisme, douleurs abdominales vives ; mais la marche est très rapide, le facies devient pâle, grippé et en quelques jours le malade meurt dans le collapsus. Le professeur Dieulafoy a de plus insisté sur deux signes qui seraient fréquents dans les péritonites par perforation, le hoquet et une chute brusque de température.

La forme hépatique de la fièvre typhoïde, étudiée par Roger (1) présente des caractères spéciaux ; le foie est gros, douloureux, les troubles gastro-intestinaux sont assez intenses et caractérisés par des vomissements biliaires et une diarrhée verdâtre. Le ventre est indolore, non météorisé. De plus, et c'est là le principal signe de différenciation, il existe toujours un abaissement manifeste de la température.

(1) Roger. — Presse médicale. 1900.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Le pronostic est très grave, puisque sur les 10 observations que nous publions, 10 fois la mort a été la terminaison de la pyléphlébite suppurée. Cependant, comme nous le verrons plus loin, dans de certaines conditions bien déterminées pourrait-on intervenir favorablement.

Le traitement est surtout palliatif et symptomatique. Il consiste à donner au malade une médication tonique et reconstituante et il doit s'adresser aux différents symptômes (douleur, fièvre, diarrhée).

Dans certains cas, la pyléphlébite suppurée ayant été consécutive à une appendicite paratyphoïde, ne pourrait-on pas assimiler ces infections hépatiques typhiques à celles d'origine appendiculaire et suivre les conseils que donne le professeur Dieulafoy: « L'infection hépatique est toujours mortelle, le seul traitement est le traitement prophylactique celui qui consiste à pratiquer l'opération de l'appendicite dès les premiers jours, sans laisser à cette terrible complication hépatique le temps de se produire. »

Il resterait à résoudre la question de l'opportunité de l'opération qui doit être subordonnée à chaque cas particulier et qui dans l'espèce est capitale, les opérations chez les typhiques étant toujours très graves.

CONCLUSIONS

1° La pyléphlébite suppurée est une complication rare de la fièvre typhoïde.

2° Les deux seuls examens bactériologiques que nous possédons ne permettent pas de formuler une opinion nette et l'on ne peut que constater la présence,

a. Dans un cas du bacille d'Eberth.

b. Dans notre cas d'un coli-bacille virulent associé au streptocoque.

3° Les germes infectieux peuvent pénétrer dans la veine :

a. Directement au niveau de l'ulcération intestinale.

b. Indirectement par l'intermédiaire

A. D'une appendicite paratyphoïde.

B. D'une suppuration juxta-intestinale.

4° La pyléphlébite suppurée aboutit à la formation d'abcès multiples du foie, ce qui est en rapport avec la multiplicité de division des branches porte intra-hépatiques.

5° Pour faire le diagnostic de pyléphlébite suppurée, il faut se baser sur l'apparition vers le troisième ou le quatrième septenaire, alors que le malade semble entrer en convalescence, d'un frisson intense avec accélération du pouls et élévation considérable de la température 40°-41°.

qui prend dans la suite une marche irrégulière, franchement intermittente. Tous ces signes s'accompagnent d'une douleur abdominale, localisée à l'épigastre ou à l'hypochondre droit et extrêmement vive.

On note en même temps une augmentation du volume du foie.

6° Cette complication a toujours été mortelle.

7° Le traitement est surtout palliatif et consiste à donner au malade une médication tonique et reconstituante.

Vu par le président de la Thèse :
BRISSAUD.

Vu par le Doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Pleurésies à bacille d'Eberth. — *Semaine médicale*, 1898.
- ASCH. — Ein Fall von Abdominaltyphus mit Leberabscessen in Kindesalter. Berlin klin Wochens. 1882.
- BERTHELIN. — Complications hépatiques de l'appendicite. Thèse, Paris, 1895.
- BROUARDEL et THOINOT. — Fièvre typhoïde. *Traité de médecine*, Brouardel et Gilbert. Tome I.
- BUCKLING. — 36 Falle von Leberabscess. Diss Berlin, 1868.
- CASSUTO. — Absès du foie d'origine typhique. Thèse, Paris, 1900.
- CHANTEMESSE. — Fièvre typhoïde. *Traité de médecine*. Tome II.
- CHAUFFARD. — Pyléphlébite suppurée. *Traité de médecine*. Tome III.
- CORNIL et RANVIER. — *Traité d'anatomie pathologique*.
- CRESPIN. — Déterminations hépatiques de la fièvre typhoïde. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1897.
- DAURIAC. — Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde. Thèse, Paris, 1897.
- DEHU. — Etude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde. — Thèse, Paris 1893.
- DIEULAFOY. — *Semaine médicale*, 1898. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1898. — *Manuel de pathologie interne*. Tome IV, 131.
- DUPRÉ. — Les infections biliaires. — Thèse, Paris 1891.
- FRÉRICHS. — *Traité des maladies du foie*. — Traduction française de Dumesnil et Pellagot.
- GENDRON. — Pyléphlébite suppurative. — Thèse, Paris 1883.
- GILBERT. — Colibacillose. — *Traité de médecine*, Brouardel et Gilbert. — Tome I.
- GILBERT et GARNIER. — Pyléphlébites. — *Traité de médecine*, Brouardel et Gilbert. — Tome V.
- HABRAN. — Société anatomique. — 1868.
- HARLEY. — *Traité des maladies du foie*. — Traduit par Rodel. — 1890.
- JONNESCO. — *Progrès médical*, 1894.
- LANNOIS. — (Lyon) Pyléphlébite et absès multiples du foie consécutifs à la fièvre typhoïde. — Congrès de médecine de Bordeaux, 1895.
- LEDIEN. — Contribution à l'étude de la pyléphlébite suppurative. — Thèse Paris, 1879.
- LEGRY. — Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde. — Thèse, Paris, 1890.

LENDEL. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1852.

OSLER. — Hepatic complications of typhoid fever. *Transact of the Assoc. of Amer. physio.* 1897.

PEIN. — Action pyogénique du bacille typhique. Thèse, Paris, 1894.

ROGER (G.-H.). — Article veine porte. *Dictionnaire Dechambre*. Tome 26.
Forme hépatique de la fièvre typhoïde. *Presse médicale*, 1900.
Introduction à l'étude de la médecine.

ROMBERG. — Beobachtungen über Leberabsesse beim typhus abdominalis. Berlin, Klin, Wochens, 1890, 192-197.

SEGOND. — Absès du foie. — *Traité de chirurgie*. — Tome VI.

STRAUSS (Is.). — Article veine porte. — *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie*. — Tome 29.

TUNGEL. — Klin Mithel des Abath des Allgem-Kraukenhauses in Ham-bourg. — A. S., 1862-1863.

ANGOULÊME. — IMPRIMERIE L. COQUEMARD

ANGOULÊME. — IMPRIMERIE L. COQUEMARD
